

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО» МОЗ УКРАЇНИ



ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

***ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ СУЧАСНИХ
ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ***

03-04 березня 2016 року

***ЗДОБУТКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ:
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ***

24-25 березня 2016 року

Тернопіль
2016

Волошина Л.О., Ілащук Т.О.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА
ОСТЕОАРТРОЗ З КОМОРБІДНИМИ ПРОЯВАМИ
МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ 61

**Купновицька І.Г., Губіна Н.В., Кутинська І.П., Белегай Р.І.,
Клименко В.І.**

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ
КАТЕХОЛАМІНІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ 63

Кучер С. В., Легка І. В., Олексак О. І.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ
ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ
РІЗНОГО ВІКУ 64

Кучер С. В., Олексак О. І., Легка І. В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ В РОЗПАЛ ХВОРОБИ У
ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ БРОНХООБСТРУКЦІЇ 66

Левицька Лариса, Бенів Мар'яна, Дмитерко Уляна, Іванків Лідія,

Левицька Соломія, Панасюк Марія, Сивик Марта, Хім'як Юлія

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ
СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ 68

Липовецька С.Й., Гриценко М.С., Гриценко І.Й.

СИНДРОМОМ СЛАБОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ТА
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ 69

Лихацька Г.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З
ВИКОРИСТАННЯМ ДЕКСІЛАНТУ ТА ЛАКТІАЛЕ 71

Мартинюк Л.П., Макарчук Н.Р., Совяк І.В.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ У ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ 72

Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.

ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА
ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ
У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ 73

Мартинюк Л.П., Вонс Л.З., Ружицька О.О.

ВПЛИВ АМІНОФЕНІЛМАСЛЯНОЇ КИСЛОТИ НА
ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ
У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ 74

Волошина Л.О., Ілашук Т.О.
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З КОМОРБІДНИМИ ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Актуальність. Відомо, що остеоартроз (ОА) є вік-залежним захворюванням, якому притаманні зростаючі кількісно і якісно явища поліморбідності та коморбідності. Одними із найбільш частих із них є ожиріння, жирова хвороба печінки, різні прояви атеросклерозу та його патогенетична основа – дисліпідемії. У зв'язку з останніми в стандарти лікування ОА мимоволі включають гіполіпідемічні засоби, статинами серед яких надається перевага. Проте в спектрі поліморбідних процесів при ОА часто зустрічаються хронічний панкреатит, синдром подразненого кишечника, дисбіоз, які разом із жировим ураженням печінки уможливають окислення холестерину в останніх і виділення його метаболітів в кишечник, погіршують мікробну біотрансформацію холестерину мікробіотою, зменшуючи його виділення з калом у вигляді копростенолу, холестеролу тощо. Саме тому, в таких ситуаціях встановлюються вищі рівні дисліпідемій та гірші результати від застосування статинів. Додатковим фактором стійкості таких дисліпідемій є побічні ефекти від тривалого застосування статинів, зумовлених їх гепато- та панкреатотоксичністю.

Метою дослідження є вдосконалення способу корекції дисліпідемій у хворих на ОА з коморбідними проявами метаболічного синдрому (МС) та супутніми ураженнями підшлункової залози із зовнішньосекреторною недостатністю.

Матеріал і методи. Серед обстежених 296 хворих на ОА у віці 43-78 років (жінок було 242 особи - 81,75%) явище МС відмічено в 201 пацієнтки (67,9%), однак із супутнім хронічним панкреатитом із зовнішньосекреторною недостатністю, явищами синдрому подразненого кишечника та схильністю до проносів та дисбіозу кишечнику виявлено лише в 41 випадку (13,85%). Як правило, це були пацієнти з вираженим МС (ожиріння II-III ст, артеріальна гіпертензія II ст, ІХС, стеатогепатоз, інсулінорезистентність чи цукровий діабет типу 2) у віці за 50-55 років, на фоні остеоартрозу з тривалим анамнезом, прогресуючим перебігом. Дисліпідемія в амбулаторних картах зафіксована впродовж 5-7 років, при цьому рівень загального холестерину (ЗХС) в них був на 1-2 ммоль/л вище, ніж у подібного контингенту хворих без зазначеного панкреатопатологічного синдрому, а індекс атерогенності на 30-55% вище, сягаючи цифр 5-7. Поряд із стандартними методами лікування ОА (НПЗП,

хондропротектори, гастропротектори, місцеве лікування), врахування лікування найбільш виражених коморбідних процесів – артеріальної гіпертензії та ІХС (комбіновані гіпотензивні та антиішемічні засоби) в цих хворих у попередні періоди були здійснені спроби застосування гіполіпідемічних засобів в середньодобових дозах (аторвастатин, розувастатин). Однак тривалість їх використання складала лише 1,5 - 3 місяці і була припинена через побічні ефекти (проноси, біль у животі, нудота, метеоризм). При цьому, контрольні дослідження ліпідограми на момент припинення прийому статинів показували зниження ЗХС крові лише на 20-35% від вихідного та ще значно (на 2-3 ммоль/л) перевищувала верхні допустимі межі. Суттєві прояви атеросклерозу, ІХС та артеріальної гіпертензії диктували необхідність вдосконалення програми гіполіпідемічної терапії.

З цієї метою на першому етапі (7-12 днів) спочатку призначали гепатопротекторно-жовчогінний комбінований засіб (гепабене), один із поліферментних препаратів (мезим-форте) та про-пребіотик (біфілакт-екстра) в рекомендованих інструкціями до них дозах. З досягненням стабілізації кишкових випорожнень, усуненням проявів біліарної та кишкових диспепсій додатково призначали мінімальні дози статинів (10 мг). Тривалість застосування гепатопротекторно-жовчогінного засобу в середньому складала 1,5-2 місяці, про-пребіотика – 1-1,5 місяця. В подальшому пацієнтів переводили на рослинні БАД чи чай подібної дії та молочнокислі продукти. За такого підходу в перші 3 місяці застосування статинів побічних ефектів не відмічено, в контрольних ліпідограмах тенденція до покращення була чіткішою (при в 2-3 рази нижчих дозах статинів порівняно з початковими спробами). 20 із 41 хворого дозову дозу статину підвищили до 20 мг, переносимість в 14 з них була доброю, в 6 – відмічено схильність до прослаблень, метеоризм, які були усунуті повторним (укороченим в 1,5-2 рази) курсом апробованого гепатопротекторно-жовчогінного засобу та про-пребіотика. Повторні контрольні ліпідограми через 6 місяців від початку застосування статинів вказували на вірогідне ($p < 0,05 - 0,01$) зниження рівнів ЗХС та індексу атерогенності, які, однак, ще перевищували на 15-25% верхні межі норми. Ведуться подальші спостереження.

Зазначений спосіб корекції гіперліпідемій у хворих на ОА із коморбідними явищами МС, панкреато-ентерального синдрому захищений патентом на корисну модель (патент України №93428, А61/к/31/00, 25.09.2014, бюл. №18).

Висновок. Створений спосіб лікування гіперліпідемій у хворих на ОА з коморбідними явищами метаболічного та панкреато-ентерального синдромів сприяє зменшенню побічних ефектів від основного ліпідемічного засобу (статину), досягнення стану ремісій уражень

гепатобілярної системи і кишкового, прискоренню покращення показників ліпідограми крові.

*Купновицька І.Г., Губіна Н.В., Кутинська І.П.,
Белегай Р.І., Клименко В.І.*

*кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет" Україна*

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ КАТЕХОЛАМІНІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Значення рівня катехоламінів у становленні та перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) до кінця не встановлене, а літературні дані про їх роль на різних етапах розвитку захворювання є суперечливими (Визир В.А., Березин А.Е., 2001).

Мета дослідження: вивчення метаболізму катехоламінів, а саме екскреції одного з метаболітів – ваніліл-мигдалевої кислоти (ВМК) з сечею у хворих на АГ в залежності від стадії.

Матеріали і методи: Обстежено 190 хворих на АГ (137 жінок і 53 чоловіки) віком від 24 до 72 років (середній вік $48,09 \pm 1,64$ року). Згідно класифікації залежно від уражень органів-мішеней, I стадія АГ діагностована у 25 хворих, II – у 138, III ст. – у 27 хворих. Контрольну групу (КГ) склали 20 практично здорових осіб. Окрім загальноклінічних методів обстежень, всім хворим визначали концентрацію ВМК в добовій сечі імуноферментним методом за допомогою набору VMA Pantex 81.1 (USA) до і після лікування (на 14 день).

Результати: визначення концентрації ВМК в добовій сечі залежно від стадії АГ засвідчило, що у хворих на АГ I ст. достовірно підвищується її рівень порівняно із здоровими (в 2,2 разу, $p < 0,05$), а у пацієнтів з II ст. – в 1,4 рази ($p < 0,05$). У хворих на III ст. АГ спостерігався достовірно вищий ($p < 0,05$) рівень ВМК порівняно із здоровими, однак він був нижчим, ніж у пацієнтів з II стадією захворювання. Отже, на початках формування АГ спостерігається посилення активності симпатичної ланки вегетативної нервової системи і збільшення екскреції норадреналіну, при АГ II ст. – зниження біосинтезу норадреналіну і посилення його утилізація шляхом синтезу адреналіну та утворення ВМК, а при III ст. – поступове виснаження гуморальної регуляції (Bataineh A., Raij L., 1998).

Очевидно, визначення ВМК може служити одним із маркерів розвитку гіпертензії.